

ДИАГНОСТИКА СОМАТОГЕННО ОБУСЛОВЛЕННЫХ НЕЙРОПАТИЙ: АЛКОГОЛЬНАЯ ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ

**Е.А.Кантимирова, Г.А.Киричкова, Е.В.Глущенко
Красноярск, Россия**

Среди неврологических осложнений соматических заболеваний полинейропатический синдром занимает ведущее место. Нередко именно поражением периферической нервной системы (ПНС) обусловлены ограничение трудоспособности и инвалидизация этой категории больных и как следствие нарушение качества жизни.

Синдромальный диагноз полинейропатии не представляет каких-либо затруднений. Напротив, установление нозологической принадлежности нейропатии может вызывать объективные трудности. Даже при самом тщательном обследовании в специализированных клиниках причина полинейропатии остается неизвестной примерно в 25% случаев, а в неспециализированных клиниках нозологического диагноза не имеют 50% больных. Помочь в установлении нозологического диагноза может правильный описательный синдромальный диагноз. Описательный анализ клинической картины нейропатии полезно проводить по следующим клиническим категориям:

- По преобладающим клиническим признакам, которые зависят от преимущественного поражения того или иного вида волокон, составляющих периферический нерв;
- По распределению поражения: дистальное/проксимальное и симметричное/асимметричное поражение конечностей;
- По характеру течения: острая (развитие симптомов происходит в течение нескольких дней до 4 недель); подострая (в течение нескольких недель); хроническая (в течение нескольких месяцев или лет).

Алкогольная полинейропатия по частоте занимает второе место после диабетической нейропатии среди соматических нейропатий. Клинические проявления поражения периферического отдела нервной системы у пациентов, страдающих алкоголизмом (алкогольная полинейропатия - АП), возникает, по данным различных авторов, в 12,5-29,6 % случаев.

В то же время латентные бессимптомные формы АП при проведении комплексного электронейромиографического исследования обнаруживаются у 97–100 % больных, хронически злоупотребляющих алкоголем. Таким образом, АП можно определить как один из самых частых неврологических синдромов алкоголизма, в ряде случаев протекающий латентно.

Разработаны электронейромиографические (ЭНМГ) критерии АП: снижение количества функциональных двигательных единиц, скорости проведения импульса преимущественно по афферентным волокнам по сравнению с эфферентными, возникновение блока проведения импульса в периферических нервах. Это морфологически обусловлено преобладанием поражения афферентных волокон над эфферентными и аксонов над миелиновыми оболочками нервов. Тяжесть клинических проявлений не всегда соответствует тяжести ЭНМГ-проявлений. Наиболее часто такое несоответствие наблюдается при болевых формах АП, когда избирательно поражаются тонкие слабомиелинизированные волокна, изменения которых могут не улавливаться при рутинном ЭНМГ-обследовании, а боль беспокоит больного. Однако в целом наблюдается высокодостоверная корреляция между данными ЭНМГ-обследования и клиническим состоянием пациента.